Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.

Ein Beitrag zur Statistik der Peniscarcinome.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie.

Der

Hohen Medicinischen Facultät

der Universität Breslau

vorgelegt von

Kurt Manteufel,

pract. Arzt aus Berlin.

Breslau 1900.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medicinischen Facultät
der Universität Breslau.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Mikulicz-Radecki.

Der Dekan.
Filehne.

Es ist wohl als sicher anzunehmen, dass die unmittelbaren Erfolge der Operationen wegen Carcinoms, dank der mehr und mehr vervollkommneten Wundbehandlung, sich immer mehr bessern. Viel schwerer ist die Frage zu beantworten, ob auch die Dauerresultate mit der Zeit befriedigendere werden. Absolute Klarheit würden wir nur dann schaffen, wenn wir den Operierten vom Tage der Operation an regelmässig weiter beobachteten und jedes etwaige Recidiv, eventuell auch mit Zuhilfenahme von Sectionen feststellen könnten. Das ist aber leider aus naheliegenden Gründen nicht möglich. Ein Teil der nach der Operation in die Heimat Entlassenen wird sich stets unserer weiteren Beobachtung entziehen, und wir müssen zufrieden sein, wenn wir bei dem Versuch unsere Resultate zu controlieren, einen Teil unserer Patienten nachuntersuchen können, von einem weiteren Teil, freilich oft recht unklare und vieldeutige, schriftliche Antworten auf übersandte Fragebogen bekommen. In vielen Fällen müssen wir uns mit der, von Behörden oder Verwandten gegebenen, kurzen Notiz »Verstorben« begnügen; ein oft recht grosser Rest der Kranken ist überhaupt nicht mehr zu eruieren. Aber trotz dieser Schwierigkeiten dürfen wir den Versuch nicht aufgeben, immer und immer wieder uns Klarheit über das von uns Erreichte zu schaffen.

Es sei mir nun gestattet, im folgenden einen Beitrag zur Carcinomstatistik zu liefern, und zwar zur Statistik der Peniscarcinome. Es sind in der hiesigen chirurgischen

1*

Klinik 30 Fälle zur Behandlung gekommen, deren Krankengeschichten mir von Herrn Geheimen Medicinalrat Professor Dr. v. Mikulicz-Radecki gütigst zur Verfügung gestellt worden sind. Ihm wie Herrn Professor Dr. Henle erlaube ich mir für die freundliche Unterstützung bei meiner Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen. Wenn ich bei meinen Nachforschungen auch in erster Linie die Frage der Heilbarkeit der Peniscarcinome im Auge habe, so will ich doch nicht verfehlen, die Krankengeschichten auch von anderen statistischen Gesichtspunkten aus zu verwerten.

Was die Häufigkeit des Peniscarcinoms anbelangt, so liegen darüber folgende Angaben in der Literatur vor:

Es fanden

Sibley	unter	500	Carcinomen	5	am	Penis	gleich	1 %.
Paget	„	520	„	6	„	„	„	1 %.
v. Winiwarter	„	548	„	14	„	„	„	2,55 %.
Siegfr. Fischer	„	223	„	6	„	„	„	2,7 %.
Küttner	„	1188	„	27	„	„	„	2,27 %.
Billroth	„	862	„	26	„	„	„	3,01 %.

Das ergäbe also eine Mittelzahl von 2,32 % aller Krebse.

Wie die Carcinome anderer Organe ist auch das Carcinoma penis eine Krankheit des höheren Alters. Im allgemeinen kann man die meisten Fälle in einem Alter zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre feststellen, wie sich auch aus den Beobachtungen von Demarquay, Villier, Zielewicz und anderen ersehen lässt.

Demarquay fand bei 97 Fällen von Peniscarcimon je 23 in dem 6. und 7. Decennium; darauf folgt das 5. mit 18.

Villier fand bei den 95 von ihm beobachteten Fällen die grösste Zahl im 5. und 6. Decennium, nämlich je 27.

Zielewicz giebt bei einer Casuistik von 45 Peniscarcinomen das 5. Decennium als das meist disponierte

an, dasselbe ist mit 15 beteiligt, während das 6. Decennium nur 13 aufzuweisen hat.

Die Ricord'schen Patienten mit Carcinoma penis waren alle über 40 Jahre alt; die Mehrzahl befand sich in einem Alter zwischen 60 und 70 Jahren.

Küttner fand die meisten Peniscarcinome im 5. und 6. Decennium, nämlich je 18, dann im 7., nämlich 14. Unter 40 Jahren fand er nur 6 von 59 Fällen.

Fischer giebt das 55,3. Lebensjahr als Mittel an.

Aus den mir zu Gebote stehenden 30 Fällen zog ich folgendes Resultat:

21—30 Jahre	1
31—40 "	3
41—50 "	9
51—60 "	11
61—70 "	3
über 71 "	3
	30

Es erhellt daraus, dass (im Gegensatze zu Ricord, der dem 7. Decennium den Vorzug giebt) das 6. procentualiter bei weitem am meisten beteiligt ist, nämlich mit 36,7 % sämtlicher Fälle. Dann folgt das 5. mit 30 %, das 4., 7. und 8. zeigen einen gleichen Procentgehalt, nämlich 10 %, und schliesslich das 3. 3,3 %. Als Durchschnittszahl ergiebt sich also das 52,6. Lebensjahr, was sich mit dem von Fischer angegebenen ungefähr deckt.

Entsprechend den Carcinomen anderer Organe zeigen auch die Peniscarcinome, wenn sie bei jugendlichen Personen auftreten, meist einen besonders malignen Verlauf. Von den vier in der Breslauer Klinik Behandelten, welche unter 40 Jahre alt waren, leben noch zwei, und zwar der eine, wie es scheint recidivfrei im 3. Jahre nach der Operation (cf. Krankengeschichte No. 17 am Schlusse dieser Arbeit). Der andere (No. 8) ist jetzt nach $1\frac{1}{2}$ Jahren von neuem in Krankenhausbehandlung. Die beiden Übrigen (No. 21

und 27) sind bald nach der Entlassung gestorben, vermutlich an Recidiv, was bei dem einen (No. 21) um so wahrscheinlicher ist, als sich schon während der klinischen Behandlung ein solches gezeigt hatte.

Die Dauer des Leidens wäre, wenn man dieselbe nach der Anamnese beurteilen wollte, eine recht verschiedene. Unter den 30 Patienten, die die hiesige Klinik aufsuchten, waren drei (No. 7, 11 und 29) die den Beginn ihrer Krankheit um nur 1 Monat resp. einige Wochen zurückdatierten; sonst bildet der chronische, durch Jahre sich hinziehende Verlauf die Regel. Die längste Zeitspanne vom Eintritt des Leidens bis zur Aufnahme in das Krankenhaus ist 12 Jahre (No. 15), dann käme eine Verlaufsdauer von 8 Jahren (No. 8), ferner einmal dreijährige Dauer (No. 6) und dreimal zweijährige (No. 9, 14 und 19). Die übrigen 20 Patienten datierten den Beginn ihres Leidens auf 3 bis 12 Monate zurück. Es ergiebt sich aus diesen 29 Fällen eine mittlere Dauer von ca. 18 Monaten. Bei einem weiteren Patienten (No. 28) bestand seit 10 Jahren eine Warze, die erst, nachdem sie 3 Wochen vor der Aufnahme entfernt war, Zeichen des Carcinoms darbot. Diese von uns angegebene Zahl deckt sich ungefähr mit denen anderer Beobachter. So giebt z. B. Demarquay eine durchschnittliche Dauer von 25 Monaten an, v. Winiwarter berechnet aus 14 Fällen den Zeitraum vom Beginn bis zur Aufnahme in die Klinik auf durchschnittlich 20 Monate, und Kaufmann fand aus seinen 38 Fällen durchschnittlich 22 Monate. Jedoch ist diesen Zahlen keine allzugrosse Wichtigkeit beizumessen. Sie ist zu sehr abhängig von dem Grade der Aufmerksamkeit, den der Einzelne seinem Körper angedeihen lässt. Es kommt hinzu, dass bei vielen Patienten gleichzeitig eine Phimose vorhanden ist, dass durch die Enge der Vorhaut die Neubildung in ihrem Anfangsstadium dem Auge entzogen wird und sich demzufolge erst spät bemerklich macht, zumal, wie wir sehen werden, die subjectiven Erscheinungen des Peniscarcinomes oft sehr gering sind.

Die Phimose ist nämlich ein häufiger Nebenbefund bei Peniscarcinom. Es wird ihr daher von vielen Seiten ein ätiologischer Einfluss auf die Entstehung desselben zugesprochen. Schon von Alters her war diese Ansicht verbreitet. In neuerer Zeit haben sich besonders Demarquay, Hey u. a. dahin geäussert, dass mit der Phimose eine gewisse Disposition zum Krebs verbunden sei. Demarquay beobachtete unter 62 Krebsfällen 42mal Phimose, Hey 9mal unter 12, Ricord sah sie 12mal bei einer Zahl von 59 Carcinomen, Küttner konnte bei den ihm zu Gebote stehenden Fällen, 59 an Zahl, sie 30mal constatieren, Kaufmann dagegen nur 28mal bei 158 Patienten. Unter den in unserer Klinik behandelten 30 Fällen von Carcinoma penis fanden wir sie 9mal, also bei fast $^1/_3$ der Fälle. Diese häufige Combination der beiden Affectionen kann, trotz der Häufigkeit der Phimose an sich, nicht eine zufällige sein. Man muss sie bis auf weiteres erklären durch die Secretstagnation und Unsauberkeit, die in dem Präputialsack eines mit einer Phimose Behafteten notgedrungen herrschen muss.

Dreimal wird von unseren Patienten ein Trauma für ihr Leiden verantwortlich gemacht (No. 13, 21 und 25), das wären also 11,1%. Alle drei sind aber zugleich mit Phimose behaftet, so dass hier eventuell zwei disponierende Momente in Betracht kommen; welchem mehr Wichtigkeit beizumessen ist, lässt sich nicht entscheiden. Vielleicht muss man gerade das Zusammentreffen beider verantwortlich machen.

Lues liess sich nur einmal sicher nachweisen, ein anderes Mal war Verdacht dafür vorhanden. Jedoch gehen auch noch bezüglich der Syphilis die Ansichten sehr auseinander. Kaufmann, Hunter und Ricord leugnen eine auf Grund derselben beruhende Disposition, während Demarquay dieselbe für möglich hält. Er will unter 62 Fällen 10mal Syphilis gefunden haben. Man hätte dann wohl ein solches Carcinom als Narbencarcinom aufzufassen, analog dem Lupuscarcinom anderer Körperstellen.

Von 2 Patienten (No. 24 und 28) wurde eine Warze als ursächliches Leiden angegeben. Auch **Küttner** fand einmal eine Warze als Ursache angegeben, er ist jedoch der Ansicht, dass es sich hier schon um ein beginnendes Carcinom handelte.

Heredität liess sich bei keinem der 30 Patienten feststellen.

Aus obigen Angaben lässt sich schliessen, dass für die Ätiologie in erster Linie die Phimose ins Gewicht fällt, in zweiter Linie vielleicht das Trauma. Den übrigen angeführten Ursachen ist dagegen höchstens ein geringer Wert beizulegen.

Was die Symptome des Peniskrebses betrifft, so fehlen subjective Erscheinungen, vor allen Dingen Schmerzen, oft ganz. In einigen Fällen soll ein Krimmern und Brennen beim Urinieren längere Zeit bestanden haben. In der Regel sind es die objectiven Symptome der Geschwulst- und Geschwürsbildung, welche die Aufmerksamkeit zuerst auf sich richten. In den meisten Fällen tritt zuerst ein Knötchen an der Eichel oder an der Vorhaut auf, das allmählich wächst, immer derbere Consistenz annimmt und schliesslich geschwürig zerfällt. Oder aber der Patient bemerkt ein Geschwür, das immer grösser wird und jeder Behandlung Trotz bietet. Mit dem Vorwärtsschreiten des Processes schwillt der betroffene Teil des Penis mehr und mehr an. Besonders das Präputium vergrössert sich infolge von Ödem oft schon früh zu sehr erheblichen Dimensionen.

Wenn das sich bildende und wachsende Carcinom durch eine phimotische Vorhaut der Beobachtung entzogen wird, ist die Schwellung und die oft durchzufühlende Induration das einzig nachweisbare, oft auch nur ein hochgradiges Ödem des Präputiums, welches dann durch seine starre Consistenz jede weitere Untersuchung unmöglich macht. Eine Reihe von Patienten kam erst in die Klinik, als der Krebs das Präputium durchwuchert hatte und an der Aussenfläche desselben in Gestalt eines oder mehrerer geschwürig zerfallener Knoten zum Vorschein kam.

Die genauere Localisation des Processes gestaltete sich folgendermassen: Auf die Eichel beschränkt blieb der Process bei 7 Leuten, bei 5 war Eichel und Vorhaut ergriffen. Nur das vordere Drittel infiltriert fand sich bei 5 Patienten, der grösste Teil des Gliedes befallen bei 10. Bei einem war der Penis und die Haut des Scrotums carcinomatös durchwuchert, und bei 1 Patienten schliesslich war ein totaler Defect des Penis vorhanden, das Scrotum aber nicht infiltriert.

Bei 21 von unseren Patienten waren die Leistendrüsen beiderseitig vergrössert, vermutlich aber nicht immer carcinomatös. Bei Erwachsenen mit schlecht gepflegten Füssen sind ja die Inguinaldrüsen fast regelmässig palpabel. Bei 2 Kranken (No. 3, 5) gelang die Exstirpation der Drüsen nicht mehr vollständig. Beide sind nachweislich an Recidiven gestorben.

In 2 Fällen (No. 12, 26) war nur eine Seite vergrössert, die Exstirpation wurde nicht vorgenommen, trotzdem ist einer (No. 12) jetzt, 6 Jahre nach der Operation, frei von Recidiven, der andere, ein 77jähriger Mann, ist schon verstorben, seine Todesursache jedoch nicht mehr zu ermitteln.

Bei 7 Patienten liess sich überhaupt keine Infiltration in der Leistengegend nachweisen. Über die Drüsenerkrankung bei den verschiedenen Localisationen des Krebses giebt folgende Tabelle Aufschluss:

	Gesamtzahl der Fälle	Keine Drüseninfiltration	Drüseninfiltration auf beiden Seiten	Drüseninfiltration nur auf einer Seite
Eichel	7	1	6	—
Vorhaut und Eichel	5	3	2	—
Vorderes Drittel . .	5	2	2	1
Grösster Teil . . .	10	1	8	1
Penis und Scrotum	1	—	1	—
Totaler Defect des Penis	1	—	1	—

Sehr selten sind die Metastasen des Peniscarcinoms in anderen Organen. Küttner konnte seiner Zeit nur zehn solcher Fälle aus der Literatur und aus seinem eigenen Material feststellen, denen ich jetzt noch einen weiteren aus der hiesigen chirurgischen Klinik hinzufügen kann. Bei der Section eines im Anschluss an die Operation gestorbenen Patienten (No. 2) wurde ein etwa erbsengrosser metastatischer Herd in der Leber constatiert. Ein zweiter Patient (No. 25) war im Juli 1895 hier operiert worden. Im Januar 1897 kam er wieder in die Klinik, local war kein Recidiv vorhanden, jedoch wurde der Befund (siehe Krankengeschichte No. 25) als Carcinommetastase in der Pleura gedeutet. Der Patient kam nicht zur Section, er ist bereits verstorben, jedoch die Todesursache nicht mehr zu ermitteln.

Der Kräftezustand der Patienten war im allgemeinen ein guter, nur sechs waren erheblich heruntergekommen.

Wir kommen jetzt zur Therapie des Peniscarcinoms. Die in der ältesten Zeit benutzten Operationsmethoden mittelst des Cauterium actuale oder der Ligatur sind jetzt wohl gänzlich verlassen worden.

Auch das Chassaignac'sche Ecrasement wird wohl kaum noch angewendet.

Bonnet führte 1848 die Operation vermittelst Thermokauters aus. Kaufmann erwähnt fünf auf diese Art mit Erfolg operierte Fälle. In der Breslauer Klinik wurde ein Fall ausschliesslich mit Thermokauter operiert.

Die von Middeldorpf 1854 angegebene Operation mittelst der galvanokaustischen Schneideschlinge wird noch jetzt häufig benutzt. Küttner teilt mit, dass von 53 in der Tübinger Klinik operierten Carcinomen 43 galvanokaustisch amputiert worden sind.

In der Breslauer Klinik wurde fast immer die Amputation mit dem Messer ausgeführt, und zwar 25mal. Von den übrigen 3 Kranken entzog sich einer der Operation über-

haupt (No. 27), einer war schon auswärts amputiert worden und kam nur zur Drüsenexstirpation in die Klinik (No. 24), und einer (No. 10) wurde, wie schon gesagt, mit dem Thermokauter operiert. Bei jenen 24 blutig Operierten wurde die Amputation im allgemeinen in folgender Weise ausgeführt: Zuerst Bildung einer Hautmanschette durch einen circulären oder ovalären Schnitt, und zwar mindestens 1 cm von der Grenze der Infiltration entfernt im Gesunden. Darauf wird mit einem Schnitt der Rest des Penis durchtrennt, die Arterien unterbunden, die Corpora cavernosa mit dem Pacquelin verschorft. Soweit es möglich war, d. h. wo die Operation nicht zu weit oben vorgenommen werden musste, wurde dieser Teil der Operation unter localer Anämie vorgenommen. War dieselbe nicht anwendbar, so wurde jedes spritzende Gefäss sofort mit einer Klemme gefasst. Jedenfalls wurde nach vollendeter Amputation der Schlauch gelöst und nun die Blutung vollständig gestillt.

Die Fortsetzung der Operation gestaltete sich verschieden, je nach der Länge des restierenden Penisstückes. War dasselbe so kurz, dass die Urethralmündung mit der vorderen Scrotumfläche in eine Ebene fiel, dass also letztere durch den ausfliessenden Urin regelmässig benetzt werden musste, so wurde der Urethralstumpf in eine hinter dem Scrotum am Damm angebrachte Incision eingenäht. Die Wunde an der Vorderfläche des Scrotum wurde, abgesehen von einer zur Aufnahme eines kleinen Jodoformgazetampons bestimmten Öffnung, vernäht. Diese Art der Versorgung fand bei 8 Fällen statt.

Konnte dagegen ein Stück des freien Penis erhalten werden, so erfolgte die Einnähung der auf ca. 1 cm längsgeschlitzten Urethra in den unteren Teil der Hautmanschette. Darüber wurde die Haut in der Längsrichtung vereinigt, nachdem auch hier ein kleiner Jodoformgazetampon eingelegt war. Dieser Modus fand bei 16 Fällen Anwendung.

Einen etwas abweichenden Verlauf nahm die Operation bei einem sehr vorgeschrittenen Fall von Peniscarcinom (No. 23), bei dem ein Stück der benachbarten Bauchhaut, sowie ein Teil der vorderen Scrotalwand mit fortgenommen werden musste. Hier diente, nach Entfernung des einen Hodens, der Rest der Scrotalhaut zur Bedeckung des grossen Defectes. Die Urethra wurde in den Damm implantiert.

Bei einem anderen, sehr vorgeschrittenen Fall (No. 9), wo ein grosser Teil des Scrotum fallen musste, wurden die Hoden in die von der Drüsenexstirpation herrührenden Höhlenwunden der Leistenbeuge verlagert und die Haut über ihnen zusammengenäht. Störungen von seiten der Hoden sind nicht eingetreten. Der Patient war zur Zeit der Erkundigungen noch am Leben, litt aber an einem Recidiv.

In 7 Fällen wurde nach Beendigung der Operation ein Dauerkatheter angelegt, welcher 10—32 Tage liegen blieb, er wurde nur von Zeit zu Zeit gewechselt. Nach Herausnahme desselben konnten die Patienten sämtlich spontan Urin lassen und ihn auch halten.

In den übrigen Fällen konnten die Operierten meistens nach einigen Tagen, bisweilen sogar schon am Tage der Operation, spontan Urin lassen, nur einer musste 14 Tage lang täglich katheterisiert werden, bei ihm stellte sich aber sofort das Vermögen zu urinieren ein, als er das Bett verliess.

Bei 2 Patienten (No. 28 und 29) konnte das noch kleine Carcinom excidiert und ein Teil der Glans erhalten werden.

Soweit die Leistenbeugen ausgeräumt werden sollten, fand diese Operation aus Gründen der Asepsis in der Regel vor der Penisamputation statt, und zwar unter Benutzung eines Längsschnittes. Die Wunden wurden früher mit Jodoformgaze oder Gummischlauch drainiert, während man sie in letzter Zeit meist ganz geschlossen hat. Die

Exstirpation der Drüsen wurde nur in 7 Fällen unterlassen, bei vieren von diesen war überhaupt keine Infiltration vorhanden, bei zweien nur eine einseitige.

Die Resultate der eben geschilderten Therapie gestalteten sich folgendermassen:

Im Anschluss an die Operation starben 2 Patienten. Der erste (No. 1) 5 Tage nach der Operation an Bronchopneumonie (Sectionsprotokoll s. Krankengesch.). Der zweite (No. 2) starb 8 Tage nach der Operation, anscheinend an allgemeiner Sepsis (Sectionsprotokoll s. Krankengesch.). Demgemäss haben wir auf 29 Operationen 2 Todesfälle, was einer Mortalität von 6,9 % entspricht. Die übrigen Kranken konnten entlassen werden. Über das weitere Schicksal dieser habe ich mich durch Fragebogen und Nachuntersuchungen zu informieren gesucht. Bei 20 von ihnen waren die Bemühungen erfolgreich, während sich über die restierenden 7 Fälle nichts ermitteln liess. Es können demnach 22 Fälle statistisch verwertet werden.

3 Patienten (No. 3, 4, 5) starben infolge ihres Leidens, Der erste (No. 3) war ungeheilt auf Wunsch entlassen worden. Ungefähr 6 Jahre später kam er mit einer grossen Geschwulst in der linken Leistenbeuge zu seinem Hausarzt. Dieser fand die Exstirpation unausführbar, da der Tumor mit den Cruralgefässen fest verwachsen war. 5 Monate später brach die Geschwulst auf und Patient starb an allgemeiner Kachexie. Der zweite (No. 4) starb 1 Jahr 7 Monate nach der Operation an allgemeiner Kachexie. Bei dem dritten (No. 5) wuchsen bald nach der Operation wieder Krebsmassen aus der Wunde heraus, so dass er, 3 Monate nach dieser, ebenfalls an Kachexie zu Grunde ging.

2 Kranke (No. 8 und 9) leiden jetzt wieder an Recidiven, und zwar der eine 1 Jahr 5 Monate, der andere 1 Jahr 6 Monate nach der Operation.

2 Operierte starben frei von Recidiven; der eine (No. 7) zeigte seit der Operation psychische Depression und er-

hängte sich in einem unbeobachteten Momente, 7 Monate nach erfolgter Operation. Der zweite (No. 6) hatte sich ungefähr nach einem Jahre, angeblich durch Erkältung, eine Pleuritis zugezogen und starb daran.

13 Patienten sind jetzt noch am Leben und frei von Recidiven, es sind dieses folgende:

1.	G. R., 66 J.	(No. 19)	operiert	vor	6	Monaten.
2.	E. K., 48 J.	(No. 18)	„	„	8	„
3.	J. P., 28 J.	(No. 17)	„	„	42	„
4.	J. K., 56 J.	(No. 16)	„	„	48	„
5.	J. Sch., 57 J.	(No. 15)	„	„	53	„
6.	P. A., 49 J.	(No. 28)	„	„	59	„
7.	E. F., 63 J.	(No. 14)	„	„	68	„
8.	C. H., 45 J.	(No. 13)	„	„	68	„
9.	A. W., 53 J.	(No. 12)	„	„	69	„
10.	H. M., 45 J.	(No. 29)	„	„	72	„
11.	L. H., 52 J.	(No. 11)	„	„	82	„
12.	M. B., 42 J.	(No. 30)	„	„	91	„
13.	K. F., 50 J.	(No. 10)	„	„	104	„

Es leben demnach von den 22 Patienten, deren Schicksal uns bekannt ist, 13 ohne nachweisbares Recidiv. Bei 2 von ihnen beträgt der seit der Operation verflossene Zeitraum weniger als 1 Jahr, bei den übrigen 11 mehr als 3 Jahre. Diese 11 können wir nach dem herrschenden Usus als Dauerheilungen ansehen. Wir haben also auf 20 in Rechnung zu stellende Fälle 11 Dauerheilungen, d. h. 55 %. Auf die 18 entlassenen Patienten berechnet beträgt der Procentsatz der Heilungen etwas über 61. Rechnen wir die von diesen geheilt Gestorbenen als Dauerheilungen, so erhalten wir 72 % Heilungen.

Von den 29 Operierten wurde bei 19 die Ausräumung der Leistendrüsen vorgenommen, bei 10 unterblieb sie und bei einem handelte es sich nur um die Entfernung eines Recidives aus der Leistenbeuge.

13 Patienten leben jetzt recidivfrei. Von diesen wurden 7 die Inguinaldrüsen exstirpiert, 6 nicht. 2 sind frei von

Recidiven gestorben, einer davon ohne vorherige Entfernung der Leistendrüsen. Mithin ist bei 7 von 15 recidivfrei gebliebenen die Ausräumung unterlassen.

Von den 22 Fällen, deren Ausgang uns bekannt ist, wurden 14 ausgeräumt, 8 nicht. Von den ersteren sind 7 heil, bei 5 liessen sich Recidive nachweisen, einer starb recidivfrei und einer im Anschluss an die Operation.

Von den 8 nicht ausgeräumten sind 6 heil, einer starb ohne Recidiv und einer im Anschluss an die Operation.

Es finden sich also bei den 14 Fällen mit Exstirpation der Leistendrüsen, abgesehen von den an der Operation gestorbenen, 5 Rückfälle, dagegen keiner bei den 8 Patienten, wo sie unterblieb.

Es wäre jedoch falsch, hieraus zu schliessen, dass durch das Fortlassen der Ausräumung bessere Resultate erzielt worden wären. Es waren vielmehr offenbar die günstigsten Fälle, bei denen eine solche unterbleiben konnte, und die fühlbaren Drüsen hier jedenfalls nur entzündlicher Natur. Freilich hat Küttner gezeigt, dass die Inguinaldrüsen nicht die einzigen sind, dass es vielmehr noch direkte, die Leistendrüsen umgehende Lymphgefässverbindungen des Penis mit den Drüsen im Becken giebt, wenn auch die Mehrzahl der oberflächlichen und tiefen Lymphbahnen zu den Leistendrüsen führt; aber sicher sind die letzteren oft eher infiltriert, als die übrigen. Andererseits liegt in dem Zurücklassen der Inguinaldrüsen eine Gefahr, die man unbeachtet lassen könnte, wenn es möglich wäre, die Patienten längere Zeit zu überwachen. Aber gerade im Osten, mit seiner sehr indolenten Bevölkerung, erlebt man es in der Regel, dass sie gar nicht oder zu spät ärztliche Hilfe wieder in Anspruch nehmen.

Was nun die 7 Patienten anlangt, über die nähere Nachrichten nicht zu erhalten waren, so ist von 6 von ihnen festzustellen gewesen, dass sie inzwischen gestorben sind. Es liegt um so näher, diese Todesfälle auf Recidive zurückzuführen, als bei einem von ihnen (No. 21) schon

klinisch ein Recidiv nachgewiesen wurde. Bei zwei weiteren (No. 23 und 24) fanden sich bei der Operation sehr weit ausgedehnte Tumoren resp. Drüsen, so dass man von vornherein wenig Aussicht auf Radicalheilung haben konnte. Ein vierter endlich (No. 25) zeigte 1 $^1/_2$ Jahre nach der Entlassung Erscheinungen, welche eine Pleurametastase sehr wahrscheinlich machten.

Rechnen wir die 6 Gestorbenen, deren Todesursache nicht sicher zu ermitteln, zu den an Recidiv zu Grunde gegangenen, so erhalten wir auf 28 Fälle 13, die zur Zeit geheilt sind = 46,4 % resp. 11 (35,7 %) Heilungen von mehr als zweijähriger Dauer. Mit den zwei geheilt Gestorbenen haben wir 15 Geheilte = 53,6 % resp. 13 (46,4 %) Dauerheilungen.

Dass an diesen sehr trüben Resultaten die Art des Materials einen sehr grossen Teil der Schuld trägt, lehrt vor allen Dingen ein Vergleich der Erfolge der Klinik mit denen der Privatklinik. Bei zwei der Patienten der letzteren konnte durch eine partielle Resection der Eichel, bei dem dritten durch eine nicht weitgehende Amputation des Penis Dauerheilung erzielt werden; bei allen dreien unterblieb die Ausräumung der Leistendrüsen. Bei der Mehrzahl der klinischen Patienten genügten auch ausgedehnteste locale Operationen und Ausräumungen der Leistendrüsen nicht mehr, um alles Krankhafte zu entfernen.

Krankengeschichten.

I. Infolge der Operation gestorben.

1. R. S., 82jährig. Vor 1 Jahre stetig zunehmende Geschwulst am Penis. 2. I. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status: Penis keulenförmig verdickt, hart infiltriert bis 1 Finger breit vor der Wurzel. Vordere Hälfte blaurot verfärbt. Oreficium extern. ureth. durch Geschwulstmassen bedeckt.

10. I. 95 Operation: Amputation und Verlegung der Harnröhre zum Damm.

15. I. 95: Plötzlicher Exitus letalis.

Sectionsbefund: Carcinoma penis operatum. Infiltratio ceratridea glandulae inguin. unius lateris utriusque. Induratio pigmentosa gland. inguin. omnium. Anaemia universalis. Degeneratio adiposa et pigmentosa myocardii. Myocarditis fibrosa disseminata, inprimis in pariete ventriculi sin. Sclerosis et atheromatosis ulcerosa arteriarum fere omnium, inprimis carotidis utriusque. Pachymeningitis interna fibrosa lateris utriusque gravis. Haematomata vetera durae matris sin. cum compressione profunda hemisphaerae sin. Leptomeningitis chron. fibrosa universalis inprimis lateris sin. Emphysema pulmonum grave. Bronchitis et Bronchopneumonia incipiens partis posterioris lobi inferioris pulmonis utriusque cum pleuritide fibrinosa recente. Perisplenitis fibrosa. Atrophia granularis renum. Atrophia fusca hepatis. Hernia inguinalis sin. interna. Synechiae multiplices intestini et mesenterii. Degeneratio pigmentosa stratis muscularis jejuni. Dilatatio, hypertrophia et diverticula vericae urinariae. Synechia particularis pericardii. Todesursache: Bronchopneumonia lobi inferioris utriusque incipiens?

2. H. C., 57jährig, Locomotivführer. Vor ca. 20 Jahren Gonorrhoe und Schanker. Vor 3 Jahren Harnröhrenstrictur und Blasenleiden. Vor 1 Jahre Anschwellung der Vorhaut,

darauf Bildung eines Geschwürs, das sich bald bis zur Peniswurzel erstreckt. 7. VI. 99 Aufnahme in die Klinik.

Status: Penis umgewandelt in höckrige, schmerzlose, leicht blutende Tumormasse mit geschwüriger Oberfläche, Glans wenig verändert, vordere Scrotalhaut zur Hälfte derb infiltriert, Leistendrüsenanschwellungen.

13. VI. 99 Operation: Exstirpation der Inguinaldrüsen, Absetzung des Penis, Einnähung der Urethra in den Damm.

21. VI. 99: Exitus letalis.

Sectionsbefund: Diffuse eitrige Bronchitis, Milztumor, Schrumpfniere, besonders rechts, Cystitis, Prostata vereitert. Urethra von der im Damm eingesetzten Stelle retrahiert, teils nekrotisiert. In der Leber ein kleiner metastatischer Herd.

II. An Recidiv gestorben.

3. C. K. (52 J.), Schmied. Vor $^3/_4$ Jahren kleines, derbes Knötchen an der Glans, ärztliche Behandlung auf Lues erfolglos. 30. I. 90 Aufnahme in die Klinik.

Status: Glans und Praeputium völlig zerstört, Infiltration bis zur Peniswurzel. Beiderseits ausgedehnte Drüsenmetastasen.

9. II. 93 Operation: Amputatio Penis, Exstirpation der nicht mit den grossen Gefässen verwachsenen Drüsen. Verlegung der Harnröhre nach dem Damm.

9. III. 93: Pat. wird auf Wunsch entlassen. Wunden noch nicht geheilt. Am Penisschaft ein bis an die Amputationsstelle reichender Krebsknoten.

Im September 99 constatiert der Hausarzt: Grosse Geschwulst in der linken Leistenbeuge, heftige Cruralneuralgieen verursachend, Operation wegen Verwachsung mit den Gefässen nicht mehr möglich.

Im Februar 1900 Aufbruch der Geschwulst, stinkende Absonderung, grosser Blutverlust.

1. III. 00: Exitus letalis.

4. F. J. (57 J.), Bauer. Vor 3 Monaten Anschwellung und Jucken des Penis, Bildung eines Geschwürs. 30. III. 99 Aufnahme in die Klinik.

Status: Penis spindelförmig verdickt, Vorhaut geschwollen und nicht zurückschieblich, auf demselben fünf bohnen- bis thalergrosse Geschwüre, die stinkend secernieren und leicht bluten. Leistendrüsen infiltriert.

5. IV. 94: Amputatio Penis, Verlegung der Harnröhre nach dem Damm, Exstirpation der Leistendrüsen.

5. V. 94 auf Wunsch entlassen. Penis vernarbt, Leistenwunden mit frischen Granulationen ausgekleidet.

December 95 seinem Leiden erlegen.

5. W. G. (57 J.), Gutsbesitzer. Vor 7 Monaten Knötchen am Penis, das rasch wuchs, bald Anschwellung der Leistendrüsen. 27. III. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status: Dorsum Penis von hartem Geschwür bedeckt, am vorderen Rand desselben, teils verdeckt, die Harnröhrenmündung.

30. III. 95: Amputatio Penis, Verlegung der Harnröhre nach dem Damm, Ausräumung der Leistendrüsen nicht mehr völlig möglich, wegen Erstreckung der Infiltration in den Leistenkanal.

11. IV. 95 in Behandlung des Hausarztes entlassen.

30. VI. 95 an Kachexie gestorben, schon bald nach der Operation waren Krebsmassen aus der Wunde hervorgewuchert.

III. Ohne Recidiv an anderen Krankheiten gestorben.

6. F. M. (59 J.), Vollziehungsbeamter. Vor 29 Jahren Lues. Seit 3 Jahren Rötung und Schwellung der Vorhaut, Rhagaden auf derselben, vor 9 Monaten Bildung eines Knotens. 24. IV. 99 Aufnahme in die Klinik.

Status: Hühnereigrosser, auf Druck schmerzhafter Tumor am vorderen Ende des Penis. Induration der Corpora cavernosa, keine Leistendrüsen.

9. VIII. Operation: Amputatio Penis. Pat. kann abends urinieren, da er am 10. VIII. nicht urinieren kann Anlegung eines Dauerkatheters. Am 20. Entfernung desselben, Urin spontan.

25. VII. 1900: Frei von Recidiven an Pleuritis gestorben.

7. A. K. (74 J.), Schmiedemeister. Vor 4 Wochen hartes Knötchen an der Eichel, das stetig wächst. Brennen beim Urinlassen. 19. II. 1900 Aufnahme in die Klinik.

Status: Durch das nicht mehr zurückziehbare Praeputium fühlt man eine, die halbe Eichel einnehmende, knorpelharte Geschwulst. Infiltration in die Corpora cavernosa hinein, Leistendrüsen beiderseits infiltriert.

24. II. 00: Ausräumung der Leistendrüsen, Amputatio Penis unter Blutleere, Vernähung der Harnröhre mit der Haut.

4. III. 00: Pat. wird als geheilt, mit 1½ cm langem Stumpf entlassen.

18. IX. 00: Pat. hat sich in einem Anfall psychischer Depression erhängt, Recidiv nicht vorhanden.

IV. Mit Recidiv lebend.

8. A. F. (38 J.), Kutscher. Vor 8 Jahren Fisteln an der Eichel, durch Operation beseitigt, nach 1 Jahre Recidiv. Vor 3 Jahren Abscess an der linken Seite der Pars pendula. Allmähliches Anwachsen des Gliedes. 28. II. 99 Aufnahme in die Klinik.

Status: Penis 14 cm lang, an der Eichel 18 cm Umfang, auf derselben mehrere Fistelöffnungen. Corposa cavernosa bis zum proximalen Drittel des Penis infiltriert. Leistendrüsen geschwollen.

Operation: Ausräumung der Leistendrüsen, Amputatio Penis, Vernähung der Harnröhre am Damm, Dauerkatheter.

28. III. 99: Pat. wird entlassen mit vernarbten Leistenwunden und granulierender 10pfennigstückgrossen Fläche an der Peniswurzel.

Im Oktober befindet sich Pat. wieder in Krankenhausbehandlung.

9. A. G. (51 J.), Arbeiter: Vor 2 Jahren derbes, schmerzhaftes Knötchen am Orificium externum, Übergreifen des Processes auf den Penis, schliesslich Penis und Vorderseite des Scrotum eine Tumormasse. 10. V. 99 Aufnahme in die Klinik.

Status: An Stelle des Penis apfelgrosser, höckriger Tumor mit geschwüriger Oberfläche. Vorderseite des Scrotum verdickt und blau verfärbt. Leistendrüsen infiltriert.

18. V. 99 Operation: Ausräumung der Leistendrüsen, Umschneidung des Tumors im Gesunden, Freipräparierung der Hoden und Harnröhre, Excision des Infiltrierten, Vernähung der Harnröhre am Damm, Verlegung der Hoden in die Inguinalbeuge, wo sie unter die Haut vernäht werden. Teilweise Vernähung der von der Penisexstirpation herrührenden Wunde, Dauerkatheter.

20. VI.: Weglassen des Katheters, Urin spontan.

3. VII: Pat. als geheilt entlassen.

Im Oktober leidet Pat. an Recidiv.

V. Ohne Recidiv lebend.

10. K. F. (50 J.), Schuhmacher. Vor 1 Jahre Blatter an der Eichel, bald Exulceration derselben, schliesslich geschwüriger Zerfall der ganzen Eichel. Schmerzen gering. 15. II. 92 Aufnahme in die Klinik.

Status: Eichel apfelgross, exulceriert und derb. Der Tumor centralwärts im Sulcus coronarius begrenzt. Inguinaldrüsen infiltriert.

16. II. 92: Amputatio penis mit Thermokauter. Ausräumung der Leistendrüsen.

4. III. 92: Pat. als gebessert entlassen.

26. IX. 00: Recidivfrei.

11. L. H. (52 J.), Schuhmacher. Phimose. Vor 4 Wochen Wunde am Penis, Umgebung derselben schwoll stark an. 10. I. 93 Aufnahme in die Klinik.

Status: An der Spitze des Penis höckrige, derbe, schmierig belegte Geschwulst, in der Tiefe derselben die Mündung der Harnröhre sichtbar. Leistendrüsen beiderseits infiltriert.

14. I. Operation: Amputatio Penis unter Blutleere, Vernähung der Harnröhre mit der Haut, Ausräumung der Drüsen.

10. II. 93: Pat. mit kleinen, granulierenden Wunden in der Leistenbeuge und am Gliede entlassen.

16. XI. 1900: Pat. frei von Recidiven und Beschwerden.

12. A. W. (53 J.), Schlosser. Vor 10 Jahren Ausschlag, der nach Schmierkur schwand. Vor 8 Monaten am Frenulum penis eine erbsengrosse Geschwulst, nach 14 Tagen nebenan eine gleichgrosse, nach wieder 14 Tagen eine dritte, diese confluieren zu einer pfenniggrossen Geschwulst. Ärztliche Behandlung mit Salbe und Einspritzungen. 7. I. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status: Eichel stark geschwollen. An der unteren Seite des Penis, in der Gegend des Frenulum, ein thalergrosses Geschwür. Die Eichel und ein Drittel des Gliedes derb infiltriert, ebenso die rechte Leistenbeuge.

Operation: Amputation zwischen oberem und mittlerem Drittel, Spaltung der Harnröhre und Vernähung derselben mit der Haut.

24. IX. 1900: Recidivfrei.

13. C. H. (45 J.), Gendarm. Phimose. Vor ungefähr 1 Jahre Quetschung des Gliedes mit Blutung und Schmerzen. 4 Wochen später wieder Schmerzen an der gequetschten Stelle. Ein Arzt spaltete die Phimose und entdeckt eine 5 pfennigstückgrosse Neubildung. Probeexcision ergiebt Carcinom. 26. I. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status: Leistendrüsen nicht infiltriert. Am Gliede eine 5pfennigstückgrosse, höckrige, teils ulcerierte Geschwulst.

28. I. 95 Operation: Amputation unter Blutleere, Vernähung der Urethra mit der Haut.

21. II. 95: Pat. wird als gebessert entlassen.

26. IX. 1900: Pat. ist recidivfrei und kann koitieren.

14. E. F. (63 J.), Fleischer. Vor 2 Jahren kleine Neubildung an der Eichel, anfangs schmerzlos, bald grösser werdend und exulcerierend. Seit 4 Monaten rapide Fortschritte. 8. II. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status: Penis, besonders peripher, stark aufgetrieben. Vorhaut livid verfärbt und stark gespannt. An der Eichel thalergrosse, höckrige Geschwulst. Der ganze Penis, bis auf 2 cm vor der Wurzel, derb infiltriert.

16. II. Operation: Exstirpation der Leistendrüsen, Amputation des Gliedes 1 cm von der Wurzel entfernt, Vernähung der Harnröhre mit der Haut.

7. III.: Pat. wird geheilt entlassen.

26. IX. 1900: Recidivfrei.

15. J. S. (57 J.), Stellenbesitzer. Phimose. Vor 12 Jahren Kriebeln und Brennen. Ein Arzt erweiterte die Phimose und fand hornartige Verdickung an der rechten Seite der Schleimhaut der Eichel, dieselbe wurde dreimal gebrannt, wuchs aber immer wieder bis zur jetzigen Grösse. 1. V. 96 Aufnahme in die Klinik.

Status: Blumenkohlartiges, teils exulceriertes Gebilde an der Eichel. Leistendrüsen infiltriert.

6. V. Operation: Amputation, Vernähung der Harnröhre mit der Haut, Ausräumung der Leistendrüsen. Es bleibt ein 4—5 cm langer Stumpf.

29. V.: Pat. wird auf Wunsch mit reinen Granulationen entlassen.

28. IX. 1900: Recidivfrei.

16. J. K. (56 J.), Arbeiter. Vor $^3/_4$ Jahren hartes Knötchen an der Vorhaut, das geschwürig zerfiel, bald diffuse Infiltration der Penishaut. 19. XII. 96 Aufnahme in der Klinik.

Status: Ausgedehnte Infiltrationen bis 2 Finger breit vor dem Schambogen, schmierig belegte, exulcerierte Stellen. Inguinaldrüsen beiderseits infiltriert, auch p. Rectum eine grosse Anzahl Drüsen zu fühlen.

22. XII. Operation: Amputation und Vernähung der Harnröhre mit der Haut. Dauerkatheter.

3. I. 97: Katheter fortgelassen. Pat. kann spontan Urin lassen.

13. I. 97: Pat. wird in ambulante Behandlung entlassen.

15. XII. 1900: Recidivfrei.

17. J. P. (28 J.), Arbeiter. Vor 4 Monaten kleine Anschwellung am inneren Vorhautblatte, Incision vom Arzte, trotzdem Vergrösserung der Geschwulst. 11. IV. 97 Aufnahme in die Klinik.

Status: Penis diffus geschwollen. Die Vorhaut verdeckt die Eichel vollständig, an ihrem freien Rande Ulcerationen. In der Mitte des Gliedes links markstückgrosses, knorpelhartes Geschwür, mit schmutzig belegtem, leicht blutendem Grunde. Der ganze Penis hart infiltriert. Leistendrüsen infiltriert.

14. IV. Operation: Amputation, Vernähung der Harnröhre mit der Haut. Dauerkatheter. Ausräumung der Leistendrüsen.

22. V. 97: Pat. wird als geheilt entlassen.

15. XI. 1900: Pat. ist recidivfrei.

18. E. K. (48 J.), Landwirt. Phimose. Vor 8 Monaten roter Punkt an der Vorhaut, darauf Bildung eines gestielten Knotens. Daraus entwickelte sich in 6 Wochen ein blumenkohlartiges Gewächs. 20. III. 1900 Aufnahme in die Klinik.

Status: Vorderes Drittel des Gliedes stark geschwollen, aus der Vorhaut ragt ein blumenkohlartiges Gewächs hervor. In der Tiefe die Glans zu sehen. Leistendrüsen nicht infiltriert.

26. III. Exstirpation der Drüsen. Amputation unter Blutleere. Vernähung der Harnröhre mit der Haut.

15. IV. 1900: Pat. als geheilt entlassen.

15. XI. 00: Recidivfrei.

19. G. R. (66 J.), Auszügler. Vor 2 Jahren Knötchen an der Eichel. Vor $1/2$ Jahre Knötchenbildung an der ganzen inneren Vorhaut.

Status: Infiltration der Leistendrüsen. An der Vorhaut blumenkohlartige Excrescenzen, die Eichel nicht mehr zu sehen. Die Geschwulst fühlt sich derb an. Infiltration unter der anscheinend normalen Penishaut noch ca. 2 cm in die Corpora cavernosa hinein. Deutliche scharfe Begrenzung zwischen Geschwulstgebiet und Schwellkörpern. 2. IV. 1900 Aufnahme in die Klinik.

4. IV. 00: Ausräumung der Leistendrüsen. Amputation. Vernähung der Harnröhre mit der Haut.

27. IV. 00: Als geheilt entlassen.

26. IX. 00: Recidivfrei.

VI. Operierte, deren weiteres Schicksal nicht bekannt ist.

20. C. K. (52 J.), Arbeiter. Vor 3 Monaten kleine, wenig schmerzhafte, stetig wachsende Beule an der Eichel. 29. VI. 93 Aufnahme in die Klinik.

Status: Eichel und Vorhaut in eine ungefähr 3markstückgrosse Geschwulst umgewandelt, in ihrer Mitte eine kraterförmige, eiterbedeckte Stelle. Auf dem Dorsum penis ein harter Strang, Leistendrüsen beiderseits infiltriert.

3. V.: Amputation, Verlegung der Harnröhre nach dem Damm. Ausräumung der Leistendrüsen.

10. VIII. 93: Als geheilt entlassen.

Verstorben, Todesursache und Datum unbekannt.

21. R. G. (36 J.), Gärtner. Phimose, die ihm beim Militär gespalten wurde. Vor 1 Jahre Riss an der Vorhaut, der öfters wieder aufbrach. Vor 6 Monaten erneuter Aufbruch, Bildung einer stetig wachsenden, schmerzlosen Geschwulstfläche, Umwandlung in Geschwür. 19. XII. 93 Aufnahme in die Klinik.

Status: Inneres Blatt der Vorhaut mit einer höckrigen, derben Geschwürsmasse bedeckt. Die Eichel fühlt sich bei normalem Aussehen doch infiltriert an. Keine Leistendrüsen.

20. XII. 93: Amputation, Vernähung der Urethra mit der Haut.

31. XII. 93: Zwischen den Granulationen hat sich ein Knötchen gebildet.

7. I. 94: Probeexcision ergiebt Carcinom.

13. I. 94: Excision des Knötchens.

17. I. 94: Auf Wunsch entlassen.

Verstorben, Todesursache und Datum nicht mehr zu ermitteln.

22. A. G. (61 J.), Böttcher. Seit $^1/_2$ Jahre stetig wachsendes Geschwür am Gliede. Knoten in der Leistenbeuge. 16. VIII. 94 Aufnahme in die Klinik.

Status: Vorhaut völlig zerstört durch ein 3markstückgrosses, hartgerändertes Geschwür, mit schmutzig belegtem Grunde. Leistendrüsen beiderseits infiltriert.

22. VIII. 94: Amputation des Gliedes und Entfernung der Leistendrüsen.

6. IX. 94: Entlassen.

Schon längst verstorben.

23. J. S. (46 J.), Arbeiter. Vor 1 Jahre stark schmerzende, kleine Ulceration am Penis, die allmählich denselben ganz zerstörte. 17. VI. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status: Totaler Defect des Gliedes, an seiner Stelle handtellergrosses, trichterförmiges Geschwür, mit brett-

harten Rändern, belegt mit nekrotischen Fetzen, offenbar Rudimenten der Corpora cavernosa. Leistendrüsen infiltriert.

6. VII. 95: Umschneidung des Ulcus im Gesunden, Verlegung der Harnröhre nach dem Damm, Ausbrennen des Wundgrundes mit dem Pacquelin, Deckung des Defectes mit dem Scrotum, nach Entfernung eines Hodens. Entfernung der Leistendrüsen.

10. VII. 95: Verbandwechsel, ein Teil des Scrotums nekrotisiert.

12. VII. 95: Pat. kommt in permanentes Bad, da kolossale Secretion vorhanden, Pyocyaneusinfection.

13. VII. 95: Scrotum hat sich stark vom oberen Wundrande retrahiert, die Wunden sonst gut, Nekrose beschränkt geblieben.

17. VIII. 95: Pat. wird mit geheilten Wunden entlassen.

Verstorben, nichts genaueres zu ermitteln.

24. M. N. (49 J.), Maurer. Vor 2 Jahren Warze am Penis, bald darauf geschwüriger Zerfall derselben. Vor 1 Jahre amputierte ein Arzt denselben, Leistendrüsenexstirpation gab Pat. nicht zu, bald darauf Anschwellung und Fistelbildung in den Leistenbeugen. 7. VII. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status: Penisstumpf ohne krankhafte Veränderung. In der linken Leistenbeuge Geschwulstcomplex von Männerfaustgrösse, mit stinkend secernierender Fistel, an einigen Stellen Fluctuation. In der rechten Leistenbeuge ein Complex bohnengrosser Geschwülste.

13. VIII. 95: Exstirpation. Rechts ein 5markstückgrosser Defect, links handtellergross, auch müssen hier Drüsen unter der Fascie und Muskulatur des Obliquus transversus entfernt werden.

18. VIII. 95: Pat. wird entlassen. Die Wunden rechts fast ganz geschlossen, links thalergrosse Granulationen.

Verstorben, genaueres nicht zu ermitteln.

25. J. S. (48 J.), Maurer. Phimose. Vor $^1/_4$ Jahre Quetschung des Gliedes, Krimmern und Brennen. 13. VIII. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status: Eichel völlig in Geschwulstmassen umgewandelt, Verdickung bis 2 cm hinter die Eichel, auf Druck schmerzhaft. Leistendrüsen beiderseits infiltriert.

20. VII. 95: Amputation und Entfernung der Leistendrüsen.

1. VIII. 95: Pat. als geheilt entlassen.

21. I. 97: Wiederaufnahme wegen Reissens im Oberarm und Schulterblatt, seit 6 Monaten Achselhöhle angeschwollen.

Status: Local kein Revidiv. Über der rechten Lunge Dämpfung von der Clavicula bis zum III. Intercostalraum, hinten beginnt bei der VIII. Rippe Dämpfung, die bei Lagewechsel schwindet. Dieser Befund wird als Carcinommetastase der Pleura gedeutet.

22. I. 97: Pat. als inoperabel entlassen.

Verstorben, genaueres nicht zu ermitteln.

26. F. D. (77 J.). Vor $^1/_2$ Jahre unter der Penishaut harter Knoten, Arzt schickt ihn mit der Diagnose Carcinom in die Klinik am 12. XI. 96.

Status: Penis diffus geschwollen, mit knotigen Verdickungen. In der Gegend des Orificium ext. urethrae ungefähr 1markstückgrosses, auf die Vorhaut übergehendes Geschwür mit knorpelharten Rändern und schmierigem Belage. Rechts Leistendrüsen infiltriert.

17. XI. 96: Amputation, Vernähung der Harnröhre mit der Haut.

11. XII. 96: Als geheilt entlassen.

Durch die Post nicht zu ermitteln.

VII. Nichtoperierte Peniscarcinome.

27. R. K. (37 J.), Zimmermann. Phimose. Vor 3 Monaten Schmerzen an der Eichel und eitriger Ausfluss. Arzt spaltete die Phimose, bald darauf Anschwellung des ganzen Gliedes. 4. V. 91 Aufnahme in die Klinik.

Status: An der Eichel 3markstückgrosses Geschwür mit harten, wallartigen Rändern und zerklüftetem, schmutzig belegtem Grunde. Leistendrüsen beiderseits infiltriert.

16. V. 91: Probeexcision ergiebt Carcinom.

18. V. 91: Pat. verlässt gegen ärztlichen Rat die Klinik.

Durch die Post nicht zu ermitteln, da Adressat verstorben.

VIII. Fälle aus der Privatklinik.

Ohne Recidiv lebend.

28. P. A. (49 J.), Fabrikant. Seit 20 Jahren Jucken an der Vorhaut, seit 10 Jahren daselbst eine Warze. Vor 3 bis 4 Wochen Entfernung derselben mittelst scharfen Löffels, baldige Neubildung derselben. 19. VI. 96 Aufnahme in die Privatklinik.

Status: Am inneren Präputialblatt ein markstückgrosses, auf die Glans übergehendes Geschwür mit wallartigen Rändern, nach allen Seiten verschieblich.

Operation: Excision des Ulcus.

9. VIII. 96: Als geheilt entlassen.

26. II. 01: Pat. ist völlig recidivfrei.

29. H. M. (45 J.). Phimose. Seit einigen Wochen ziehende Schmerzen am Dorsum penis. Der hinzugezogene Arzt constatierte eine Verhärtung der Glans. 3. V. 95 Aufnahme in die Klinik.

Status; Hochgradige Phimose. Vorhautöffnung nur für Sonde mittlerer Stärke durchlässig. Dorsalfläche des Penis links von einer etwa markstückgrossen Verhärtung mit wallartigen Rändern und höckriger Oberfläche eingenommen. Am Penisschaft nichts Abnormes, Leistendrüsen vergrössert.

9. V. 95: Spaltung des Präputium, Excision des Tumors. Entfernung eines etwa 1 cm langen Stückes der Harnröhrenwand.

23. V. 95: Pat. als geheilt entlassen.

Im Januar 1901 recidivfrei.

30. M. B. (42 J.), Kaufmann. Vor $^1/_4$ Jahre Knötchen an der Vorhaut, Zerstörung desselben durch einen Arzt, bald darauf Neubildung. 10. XI. 93 Aufnahme in die Klinik.

Status: An der unteren Hälfte der Glans bohnengrosser, auf die Vorhaut übergehender Tumor, von derber, höckriger Consistenz. Umgebung infiltriert, nicht schmerzhaft. Keine Leistendrüsen.

13. XI. 93: Amputatio penis, Vernähung der Harnröhre mit der Haut.

Im Februar 1901 ist Pat. durchaus gesund.

Litteratur.

1. Cramer, Mitteilungen aus der Praxis. (Schmidts Jahrbücher, 1838, Bd. 19, No. 230.)
2. Busch, Berichte aus der Berliner chirurgischen Universitäts-Klinik. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 13.)
3. Fischer, Über Ursachen der Krebskrankheiten und ihre Heilbarkeit durch das Messer. (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 14.)
4. Kaufmann, Deutsche Chirurgie, Bd. 50a.
5. Küttner, Über Peniscarcinom. (Bruns Beiträge zur Chirurgie, Bd. 26.)
6. Parlavecchio, Zwei erfolgreiche Änderungen in der Operation von Peniscarcinomen. (Schmidts Jahrbücher, Bd. 258, No. 335.)

Lebenslauf.

Ich, Johannes Hermann Kurt Manteufel, bin am 22. Februar 1876 zu Berlin als Sohn des Gymnasiallehrers Friedrich Manteufel geboren, bin evangelischer Konfession. Von Ostern 1882 ab besuchte ich das Königliche Friedrich-Wilhelms-Gymnasium daselbst, das ich Ostern 1895 mit dem Zeugnis der Reife verliess, worauf ich mich in Halle dem Studium der Medicin widmete. Ende des Winter-Semesters 1896/97 bestand ich dort das Physikum. Das Sommer-Semester 1898 brachte ich in Würzburg zu. Von dort ging ich im nächsten Semester nach Breslau, wo ich am 6. Juni 1900 das Staatsexamen beendete.

Während meiner Studienzeit hörte ich folgende Herren Professoren und Dozenten: Roux, Eisler, Vollhard, Dorn, Greenacher, Fehling, Harnack, Reineboth, Baumert, Weber in Halle; v. Leube, Hofmeier, Matterstock, Schönborn in Würzburg; v. Mikulicz-Radecki, Kast, Küstner, Henle, Uhthoff, Czerny, Kühnau.

Allen meinen verehrten Herren Lehrern an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank.